

# Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów – doniesienie wstępne

Quality of life of the patients with rheumatoid arthritis – preliminary results

Justyna Moćko<sup>1</sup>, Patrycja Zurzycka<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Patrycja Zurzycka

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ UJ CM

ul. Kopernika 25

31-501 Kraków

tel. 12 421 41 60

e-mail: patrycja.zurzycka@op.pl

## STRESZCZENIE

### Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów – doniesienie wstępne

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena jakości życia w wymiarze funkcjonowania psychicznego, fizycznego, oddziaływań środowiskowych i relacji społecznych oraz określenie wpływu czynników na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

**Materiał i metodyka.** Badania przeprowadzono w grupie 55 chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Jakość życia oceniano za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF i HAQ. W celu pomiaru natężenia bólu posłużono się skalą wzrokowo-analogową w wersji numerycznej i opisowej.

**Wyniki badań.** W grupie badanej zaobserwowano istotną statystycznie zależność między wynikami kwestionariusza WHOQOL-BREF a wsparciem społecznym w domenie środowiskowej ( $r=0,298$ ), liczbą posiadanych dzieci ( $r=0,279$ ) i poziomem wykształcenia ( $r=0,279$ ) w domenie społecznej oraz częstotliwością występowania bólu w domenie fizycznej ( $r=-0,322$ ) i społecznej ( $r=-0,285$ ).

**Wnioski.** Do czynników społeczno – demograficznych determinujących jakość życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów należą wsparcie społeczne, poziom wykształcenia i liczba posiadanych dzieci, a do czynników klinicznych częstotliwość występowania bólu.

**Słowa kluczowe:** reumatoidalne zapalenie stawów, jakość życia

## ABSTRACT

### Quality of life of the patients with rheumatoid arthritis – preliminary results

**Aim.** The aim of the study was the assessment of quality of life in psychological, physical, environmental correlation and social relationships sphere, and also determining the influence of the results on the subjective assessment of quality of life of patients with rheumatoid arthritis.

**Material and methods.** The study included a group of 55 patients with rheumatoid arthritis. The quality of life was tested with WHOQOL-BREF and HAQ questionnaires. To measure the pain intensity, the visual analogue scale in descriptive and numerical version was used.

**Results:** In the tested group, there was observed a statistically relevant dependence between WHOQOL-BREF questionnaire results and social support in the environmental domain ( $r=0.298$ ), number of children ( $r=0.279$ ) and the level of education ( $r=0.279$ ) in social sphere and frequency of pain occurrence in physical ( $r=-0.322$ ) and social ( $r=-0.285$ ) sphere.

**Conclusions.** Socio-demographical elements that determine the quality of life of the patients with rheumatoid arthritis include: social support, level of education and number of children. Clinical elements include the frequency of pain occurrence.

**Key words:** rheumatoid arthritis, quality of life

## WPROWADZENIE

Pojęcie „jakość życia” (*quality of life* – QoL) zostało wprowadzone w latach 70-tych XX wieku [1,2]. W piśmiennictwie [1,2,3,4] można spotkać się z różnymi, niejednorodnymi definicjami tego pojęcia; opracowanie jednej, powszechnie akceptowanej i stosowanej definicji jakości życia jest trudne ze względu na jej złożoność. Pomimo istniejących problemów definicyjnych, większość badaczy zgadza się z tym, że jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, zmiennym w czasie i uwzględniającym obiektywną oraz subiektywną ocenę życia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Ponadto obejmuje zarówno poznawcze osądy, które dotyczą poczucia spełnienia i zadowolenia oraz reakcje emocjonalne na zdarzenia, obraz własnej sytuacji życiowej i położenia w określonym czasie.

W celu zawężenia jakości życia do aspektów funkcjonowania związanych bezpośrednio z chorobą, wprowadzono na początku lat 90-tych XX wieku termin jakości życia determinowanej stanem zdrowia (*health related quality of life* – HRQoL) [2]. Umożliwia ona określenie wpływu zdrowia i choroby na różne dziedziny funkcjonowania (psychiczną, fizyczną, społeczną) i w następstwie umożliwia całościową, subiektywną ocenę jakości życia. HRQoL bierze pod uwagę naturalny przebieg schorzenia, wynikające z niego następstwa oraz efekty leczenia. Ponadto wyraża punkt widzenia osoby na całokształt choroby.

Choroba istotnie ogranicza realizację pełnionych ról społecznych i często wiąże się z cierpieniem, bólem, zmniejsza poczucie bezpieczeństwa, a ponadto konieczność prowadzenia leczenia i hospitalizacji doprowadza do odosobnienia. Skutkiem toczącego się procesu chorobowego są także poważne konsekwencje społeczne: niemożność pełnienia dotychczas realizowanych funkcji społecznych, unikanie kontaktów towarzyskich, czy przymus rezygnacji z pracy zarobkowej.

Schorzeniem przewlekłym, w przebiegu którego dochodzi do obniżenia jakości życia, jest reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), które uważa się za jedną z najbardziej agresywnych i najczęstszych chorób reumatycznych. Charakteryzuje się ono przewlekłym postępującym procesem zapalnym błony maziowej, doprowadzającym do uszkodzenia tkanek stawowych i okołostawowych. W wyniku tego powstają mnogie zniekształcenia oraz dysfunkcje w obrębie układu kostno-stawowego, które stają się bezpośrednią przyczyną trwałej niepełnosprawności [5]. Na poziom jakości życia osób z RZS wpływa wiele czynników, a przede wszystkim: uporczywy ból, postępująca niepełnosprawność fizyczna, zmęczenie, depresja, funkcjonowanie w społeczeństwie i rodzinie oraz stosowane leczenie. Modyfikują ją również problemy natury psychologicznej oraz przekonania na temat stanu zdrowia. Na podstawie modelu van Riela czynniki oddziałujące na jakość życia pacjentów z RZS dzieli się na: i dotyczące choroby, czyli zmienne odnoszące się do samego procesu chorobowego i zmienne ukazujące skutki schorzenia, oraz socjalno-demograficzne, takie jak płeć, wiek, wsparcie społeczne, praca [6,7,8].

## CEL PRACY

Celem pracy była ocena jakości życia w wymiarze funkcjonowania psychicznego, fizycznego, oddziaływań środowiskowych i relacji społecznych oraz określenie wpływu czynników na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

## MATERIAŁ I METODYKA

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, w ramach którego posłużono się – w części społeczno-demograficznej – autorskim kwestionariuszem ankiety. Zamieszczono w nim pytania dotyczące typowych kwestii demograficznych. Ponadto pacjentów zapytano o czas trwania RZS, obecność dolegliwości bólowych, choroby współistniejące, ilość hospitalizacji oraz stopień niepełnosprawności i przyczynę jego orzeczenia. Umieszczono w nim także pytania dotyczące subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia, wiedzy o RZS, podejmowanej aktywności fizycznej, czynników determinujących dobrą jakość życia i częstości występowania stresujących sytuacji.

Do oceny jakości życia wykorzystano kwestionariusz WHOQOL-BREF w polskiej wersji językowej, oceniający subiektywną jakość życia w zakresie czterech dziedzin: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej oraz kwestionariusz HAQ, oceniający funkcjonalną niepełnosprawność chorych. Skalę dysfunkcji HAQ określono w oparciu o trzy poziomy: od 0 do 1 pkt. – dysfunkcje o niewielkim nasileniu we wszystkich dziedzinach codziennego życia; >1 do 2 pkt. – znaczne ograniczenia lub konieczność pomocy osób trzecich w codziennych czynnościach; >2 do 3 pkt. – całkowita niezdolność funkcjonowania na co dzień bez pomocy innych. W badaniach celem oceny bólu odczuwanego przez pacjentów posłużono się również skalą wzrokowo-analogową (VAS) w wersji numerycznej oraz w wersji opisowej. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. W badaniach związku pomiędzy zmiennymi zastosowano test korelacji rang Spearmana. Na jego podstawie oceniono siłę i kierunek zależności między badanymi zmiennymi – miernikami jakości życia a czynnikami społeczno-demograficznymi oraz wybranymi czynnikami klinicznymi. Dla każdej pary zmiennych obliczono współczynnik korelacji Spearmana, uznając poziom  $p < 0,05$  za istotny statystycznie. Skala siły korelacji przedstawiała się następująco:  $r_{XY} = 0$  zmienne nie są skorelowane,  $0 < r_{XY} < 0,1$  korelacja nikła,  $0,1 = r_{XY} < 0,3$  korelacja słaba,  $0,3 = r_{XY} < 0,5$  korelacja przeciętna,  $0,5 = r_{XY} < 0,7$  korelacja wysoka,  $0,7 = r_{XY} < 0,9$  korelacja bardzo wysoka,  $0,9 = r_{XY} < 1$  korelacja prawie pełna.

Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10 PL.

Badania prowadzono w okresie III do VI 2012 roku wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziale reumatologii Szpitala Rejonowego im. dr Jana Gawlika w Suchej Beskidzkiej. Wzięło w nich udział 55 pacjentów leczonych w tym oddziale (53 kobiety i 2 mężczyzn). Wiek respondentów zawierał się w przedziale 39–85 lat. Najliczniejszą grupę 41,8% ( $n=23$ ) spośród wszystkich badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 51–65 lat, a najmniej

liczną chorzy poniżej 50 roku życia 21,8% (n=12). Średnia wieku dla ogółu ankietowanych wynosiła 59,5 lat.

Uwzględniając miejsce zamieszkania badanych, ponad połowa 54,5% (n=30) była mieszkańcami wsi. Zdecydowana większość 49% (n=27) oceniła swoje warunki mieszkaniowe jako dobre, a pozostałe osoby uznały, że są one bardzo dobre 25,5% (n=14) i przeciętne 25,5% (n=14). Najliczniej reprezentatywną grupę stanowili pacjenci posiadający wykształcenie zawodowe 49% (n=27) i wyższe 18,2% (n=10). Dla ponad 70% (n=39) ankietowanych źródłem utrzymania była emerytura lub renta, natomiast osoby czynne zawodowo stanowiły 18,2% (n=10), a bezrobotne 9,1% (n=6) respondentów. W badanej grupie przeżyli chorzy pozostając w związku małżeńskim 72,7% (n=40), 18,2 (n=10) pacjentów było owdowiałych, 7,3% (n=4) samotnych i po rozwodzie 1,8% (n=1). Dzieci miała zdecydowana większość 85,5% (n=43), w tym najwięcej osób posiadało więcej niż dwojkę potomstwa 53,2% (n=30).

Pod względem czasu trwania RZS badanych podzielono na trzy grupy. Pierwszą stanowiły osoby chorujące do 9 lat tj. 40% (n=22), drugą - pacjenci zmagający się z chorobą od 10 do 20 lat 47,3% (n=26), a trzecią chorujący powyżej 20 lat 12,7% (n=7). Średni czas trwania schorzenia dla ogółu ankietowanych wynosił 11,1 lat. Prawie połowa respondentów 49,1% (n=27) miała orzeczoną niepełnosprawność i w prawie wszystkich przypadkach przyczyną jej orzeczenia było RZS (92,6%).

W badanej grupie chorych 70,9% (n=39) dodatkowo leczyło się z powodu istnienia chorób współistniejących zdecydowana większość 86,8% (n=48) była kilkakrotnie hospitalizowana.

## WYNIKI BADAŃ

Za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF przeprowadzono ogólną analizę poszczególnych dziedzin jakości życia w skali od 4 do 20 punktów. Najlepiej przez ankietowanych została oceniona dziedzina społeczna (wsparcie społeczne, związki osobiste, aktywność seksualna), znacznie gorzej wypadła dziedzina psychologiczna (wygląd zewnętrzny, pozytywne i negatywne uczucia, samoocena, myślenie, pamięć, koncentracja, wiara, duchowość, religia), a najslabiej dziedzina fizyczna (czynności życia codziennego, energia i zmęczenie, zależność od leków i leczenia, ból i dyskomfort, mobilność, wypoczynek i sen, zdolność do pracy) i środowiskowa (zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne, możliwość zdobywania nowych informacji, możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko domowe i fizyczne).

Ponad połowa badanych 50,9% (n=28) była średnio zadowolona ze swojej jakości życia, 38,2% (n=21) było zadowolonych, a najmniej liczną grupę stanowiły osoby niezadowolone 9,1% (n=5) i bardzo niezadowolone 1,8% (n=1). Wynik oceny zadowolenia z jakości życia w skali od 1 do 5 wyniósł 3,3 (średnie zadowolenie).

W odpowiedzi na pytanie o czynniki mające największy wpływ na dobrą jakość życia, respondenci najczęściej wskazywali na: brak chorób i dolegliwości bólowych 63,6% (n=35) oraz brak ograniczeń w wykonywaniu czynności

dnia codziennego i dobrą sprawność fizyczną 58,2% (n=32). Znacznie mniejszy odsetek badanych tj. 41,8% (n=23) uznał, że najbardziej jakość życia kształtują: posiadanie rodziny i utrzymywanie z nią stałych kontaktów oraz bycie potrzebnym innym ludziom.

Przy samoocenie stanu zdrowia żaden z pacjentów nie określił go na poziomie bardzo dobrym lub dobrym. Piętnastu ankietowanych (27,3%) oceniło swoje zdrowie jako złe, a trzech (5,5%) jako bardzo złe. Największa grupa, licząca 37 osób (67,3%) deklarowała średnie zadowolenie ze swojego stanu zdrowia.

W badaniu mającym na celu ocenę zależności pomiędzy funkcjonowaniem fizycznym, psychologicznym, społecznym i środowiskowym pacjentów z RZS a czynnikami społeczno-demograficznymi, takimi jak: wiek, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, stan cywilny, posiadane potomstwo, poziom wykształcenia, źródło utrzymania, wsparcie społeczne oraz wybranymi czynnikami klinicznymi: czas trwania choroby, częstotliwość i natężenie bólu, stan zapalny i sztywność stawów, został wykorzystany test korelacji rang Spearmana, będący jednym z nieparametrycznych miar monotonicznej zależności statystycznej między zmiennymi losowymi.

Przyjmuje on dla zmiennych dziedziny fizycznej i częstości występowania bólu przyjął wartość  $r = -0,322$ , co oznacza, że istnieje przeciętna korelacja ujemna między zmiennymi. Im częstość występowania bólu większa, tym jakość życia w dziedzinie fizycznej niższa.

W analizie statystycznej wpływu czynników socjalno-demograficznych i klinicznych na dziedzinę psychologiczną WHOQOL-BREF nie wystąpiły istotne statystycznie zależności między wynikami kwestionariusza a zmiennymi z badanej dziedziny ( $p < 0,05$ ).

W odniesieniu do zależności między czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi a jakością życia w domenie społecznej współczynnik korelacji rang Spearmana, dla zmiennych dziedziny społecznej i częstości dolegliwości bólowych przyjął wartość  $r = -0,285$ , co oznacza, że istnieje przeciętna korelacja ujemna między zmiennymi. Im częstość występowania bólu większa, tym jakość życia w opisywanej domenie mniejsza. Z kolei współczynnik korelacji rang Spearmana dla zmiennych z dziedziny społecznej i posiadanego potomstwa przyjął wartość  $r = 0,279$ , a dla poziomu wykształcenia  $r = 0,279$ , co oznacza, że istnieje przeciętna dodatnia korelacja między zmiennymi. Im mniejsza liczba dzieci tym jakość życia w tej dziedzinie była niższa. Ponadto wyższy poziom wykształcenia generował lepszą jakość życia w opisywanej domenie.

W analizie zależności pomiędzy zmiennymi socjalno-demograficznymi i klinicznymi, a jakością życia, w domenie środowiskowej skali WHOQOL-BREF, współczynnik korelacji rang Spearmana, dla zmiennych dziedziny środowiskowej i wsparcia społecznego przyjął wartość  $r = 0,298$ , co oznacza, że istniała przeciętna dodatnia korelacja między zmiennymi. Im wsparcie społeczne było lepsze, tym jakość życia w dziedzinie środowiskowej była wyższa. Korelacje pomiędzy pozostałymi parami zmiennych były nieistotne statystycznie ( $p > 0,05$ ). Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na dziedzinę fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową WHOQOL-BREF przedstawia tabela 1.

■ Tab. 1. Analiza statystyczna wpływu czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na dziedzinę fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową WHOQOL-BREF

Domena	Fizyczna		Psychologiczna		Społeczna		Środowiskowa	
	$r^*$	$p^{**}$	$r^*$	$p^{**}$	$r^*$	$p^{**}$	$r^*$	$p^{**}$
Wiek	-0,006	0,967	-0,007	0,957	0,030	0,827	0,111	0,419
Miejsce zamieszkania	0,162	0,237	0,080	0,559	-0,022	-0,022	0,179	0,190
Warunki mieszkaniowe	0,086	0,530	-0,162	0,238	0,003	0,003	-0,152	0,265
Stan cywilny	-0,031	0,821	-0,054	0,694	-0,070	-0,070	0,042	0,755
Dzieci	0,140	0,307	0,139	0,312	0,279	0,039	0,179	0,188
Poziom wykształcenia	0,140	0,308	0,139	0,312	0,279	0,039	0,179	0,188
Źródło utrzymania	0,063	0,648	-0,018	0,891	0,042	0,759	-0,087	0,528
Wsparcie społeczne	0,093	0,497	-0,219	0,107	-0,132	0,334	0,298	0,027
Czas trwania choroby	-0,005	0,967	-0,007	0,957	0,030	0,827	0,111	0,419
Częstość występowania bólu	-0,322	0,016	0,215	0,115	-0,285	0,035	0,148	0,280
Natężenie bólu	-0,216	0,114	-0,156	0,255	-0,230	0,090	-0,006	0,964
Stan zapalny stawów	-0,061	0,662	0,210	0,127	0,226	0,100	0,231	0,091
Szywność stawów	-0,024	0,859	0,204	0,134	0,031	0,820	0,131	0,322

korelacje istotne statystycznie z  $p < 0,05$

\* Wartość współczynnika korelacji rang Spearmana ( $r$ )

\*\* poziom istotności ( $p$ )

## DYSKUSJA

W prezentowanych badaniach zaobserwowano, że ogólna jakość życia osób dotkniętych RZS, mierzona za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF, zdecydowanie najlepiej była oceniana w dziedzinie społecznej (17,2), a najniżej w sferze fizycznej (6,4) i środowiskowej (6,3). Choroba ograniczając możliwości zawodowe pacjentów, równocześnie obniża dochody rodziny, co niewątpliwie ma wpływ na domenę obejmującą m.in. zasoby finansowe, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, możliwość i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku (dziedzina środowiskowa), czego odzwierciedleniem są uzyskane wyniki. Podobnie badania przeprowadzone przez Sierakowską i wsp. wskazywały na gorsze funkcjonowanie ankietowanych w sferze fizycznej, a zwłaszcza środowiskowej [9]. Inne wyniki prezentowała Jankowska i wsp., gdzie najgorzej przez chorych na RZS były postrzegane relacje społeczne (domena społeczna) [10].

W literaturze podkreśla się, że jakość życia m.in. modyfikowana jest przez przekonania odnośnie własnego stanu zdrowia [11]. W prezentowanej pracy zauważono, że większość osób deklaruowała średnie zadowolenie ze swojego zdrowia (67,3%), jak i jakości życia (50,9%). Ponadto zdaniem większości respondentów najbardziej jakością życia determinowały: brak chorób i dolegliwości bólowych (63,6%) oraz brak ograniczeń w wykonywaniu czynności dnia codziennego i dobra sprawność fizyczna (58,2%).

Starszy wiek jest czynnikiem dodatkowo potęgującym poziom niesprawności, która negatywnie oddziałuje na funkcjonowanie chorego w różnych sferach. Na podstawie obserwacji własnych stwierdzono, że osoby młodsze (do 50 lat) charakteryzowały się lepszą jakością życia, zwłaszcza w zakresie poziomu sprawności (skala HAQ >1,1 pkt.), w porównaniu do pacjentów z pozostałych grup wiekowych. Odmienne wyniki pojawiły się u Olewicz-Gawlik, która nie stwierdziła korelacji między wartością HAQ, a wiekiem badanych [11].

Zarówno Sierakowska i wsp. jak i Jankowska i wsp., stwierdzili, że pacjenci samotni cierpiący z powodu RZS

gorzej określają jakość życia, niż chorzy zamężni/żonaci. Natomiast analiza własna pokazała odmienne wyniki. Okazało się, że osoby samotne lepiej postrzegają swoją jakość życia w skali HAQ, natomiast wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF były porównywalne. Respondentów będących w związkach małżeńskich cechowała jedynie nieco lepsza ocena domeny psychologicznej (8,1) i fizycznej (6,5). W przypadku osób deklarujących posiadanie dzieci, zaobserwowano znacznie niższe wartości jakości życia mierzonej HAQ (>1,4), w porównaniu do chorych bezdzietnych. Z kolei na podstawie liczby potomstwa, ustalono, że respondenci z jednym lub dwójką dzieci uzyskali lepszy wynik w skali dysfunkcji (<1,3 pkt.) [6,10].

Poziom wykształcenia może pełnić funkcję wskaźnika świadomego uczestnictwa w procesie leczenia oraz lepszych zachowań zdrowotnych. Ponadto stopień edukacji i zainteresowania pomagają jednostce w radzeniu sobie z chorobą, motywują do działania i sprzyjają utrzymaniu pracy. Fakt ten znalazł odzwierciedlenie w wynikach własnych badań. Analiza ankiet ujawniła gorszą jakość życia w grupie osób z niższym wykształceniem (niepełne podstawowe, podstawowe). Pacjenci ci słabo wypadli zarówno w dziedzinie fizycznej (5,9), środowiskowej (6,0) i społecznej (13,2), a także w skali HAQ (<1,6 pkt.). Podobne rezultaty badań uzyskali Jankowska i wsp., którzy stwierdzili, że lepsze wykształcenie wpływa na poprawę komfortu życia [10].

Czas trwania schorzenia miał wpływ na funkcjonowanie pacjenta mierzone skalą HAQ. Zaobserwowano tendencję obniżania się jakości życia badanych wraz z czasem trwania RZS. Podobną korelację między czasem trwania choroby a wynikami HAQ wykazała Olewicz-Gawlik i Hrycaj oraz Jankowska i wsp. [10,11]. W badaniach Bączyk [7] zauważono z kolei wyższe oceny jakości życia u osób dłużej zmagających się z opisywanym schorzeniem, co tłumaczono stopniową adaptacją pacjentów do przebiegu i skutków RZS. Na podstawie własnych wyników również wykryto powyższą zależność. Ankietowani chorujący powyżej 20 lat lepiej określali satysfakcję życiową w domenie fizycznej (7,1), relacji społecznych (18,7) i środowiskowej (6,9) [7,10].



Pacjenci doświadczający okresowo dolegliwości bólowych lepiej postrzegali swoją jakość życia mierzoną dwoma kwestionariuszami. Przeważająca część chorych (74,5%) deklarowała ból większości stawów, osoby te cechował gorszy wynik w skali HAQ i w domenach: fizycznej, psychologicznej i społecznej. Ocena zależności pomiędzy poszczególnymi dziedzinami kwestionariusza WHOQOL-BREF a wybranymi czynnikami klinicznymi ujawniła korelacje między wartością WHOQOL-BREF a częstością występowania bólu w domenie fizycznej i społecznej. Na podstawie rezultatów badań zaobserwowano gorsze funkcjonowanie pacjentów w obu wymienionych powyżej dziedzinach w miarę wzrostu częstości występowania bólu.

## WNIOSKI

1. W ogólnej ocenie jakości życia pacjentów z RZS najgorzej postrzegana była dziedzina fizyczna i środowiskowa, a najlepiej społeczna. Ponad połowa badanych osób była średnio zadowolona ze swojej jakości życia, a 2/3 chorych deklarowało średnie zadowolenie.
2. Do czynników społeczno-demograficznych determinujących jakość życia pacjentów z RZS należały: wsparcie społeczne, poziom wykształcenia i liczba posiadanych dzieci, a do czynników klinicznych częstość występowania bólu
3. Osoby doświadczające bólu pojedynczych stawów, o łagodnym lub umiarkowanym natężeniu oraz chorzy, u których nie występuje stan zapalny stawów istotnie lepiej oceniają swój poziom sprawności. Natomiast respondenci z słabym wsparciem społecznym, orzeczoną niepełnosprawnością, schorzeniami współistniejącymi

oraz pacjenci, u których stosowane leczenie wykazywało niski poziom skuteczności, znacznie gorzej oceniali jakość swojego życia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2008; 89(4):467-470.
2. Pietrzykowska E, Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2007; XXIII, 136:311-314.
3. Kowalczyk K, Głuszko P. Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą badań ankietowych. *Reumatologia*. 2009; 47, 1:4-9.
4. Prajs K. Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w odniesieniu do sprawności fizycznej i stanu psychicznego. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*. 2007; 53, 2:72-82.
5. Barłowska J. Wpływ nasilenia zmian radiologicznych w układzie kostno-stawowym i wybranych czynników społeczno-demograficznych na jakość życia pacjentów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2009; 4: 392-398.
6. Sierakowska M, Krajewska-Kula E, Sierakowski S. Jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Metody pomiaru. Przegląd Lekarski*. 2005; 62/3:188-191.
7. Bączek G. Rozwój badań nad pomiarem stanu zdrowia i jakości życia w reumatologii. *Reumatologia*. 2008; 46,5:284-289.
8. Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Sierakowski S. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej. *Reumatologia*. 2012; 50,1:16-23.
9. Sierakowska M i wsp. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*. 2006; 44, 6:298-303.
10. Jankowska B i wsp. Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Family Medicine & Primary Care Reviv*. 2010; 12, 4: 1027-1034.
11. Olewicz-Gawlik A, Hrycaj P. Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – badania własne i przegląd literatury. *Reumatologia*. 2007; 45, 6: 346-349.

Praca przyjęta do druku: 13.08.2012

Praca zaakceptowana do druku: 05.09.2012